Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dr. M. Madurowicza.

O cięciu cesarskiem zachowawczem w przypadkach zbliznowacenia pochwy.

Napisał

Dr. Stanisław Braun
pierwszy asystent tejże kliniki.

Jeżeli po siódmym miesiącu ciąży umiera ciężarna lub rodząca w takiéj chwili porodu, gdy szyjka maciczna nie jest na tyle rozszerzona, aby przez nią szybko wydodyć na zewnątrz płód, który może żyć jeszcze jakiś czas po śmierci matki, — to z chwilą, gdy matka przestaje oddechać, stwierdziwszy brak skurczów jéj serca, otwieramy jamę brzuszną i macicę i wydobywamy płód.

Podczas gdy téj metody najdawniejszéj, zwanéj klasyczną, używamy jedynie po śmierci matki, to gdy nam przyjdzie rozwiązać matkę za życia drogą porodową sztuczną, wykonywamy cięcie cesarskie według metody Saengera lub Porry.

Metoda Saengera powstała w ostatnich czasach i jest obecnie powszechnie stósowaną. Jest ona bowiem metodą zachowawczą, to jest pozostawiając części rodne matce niepozbawia jéj możności powtórnego zastąpienia.

W metodzie zaś Porry, jak wiadomo, wycinamy macicę razem z jéj częściami dodatkowemi, przez co robimy ko-

bietę raz na zawsze niepłodną. Z tego to ostatniego powodu stosuje się metodę Porry bardzo rzadko, a jest ona wskazaną w następujących trzech przypadkach:

1) jeżeli macica jest dotknięta nowotworem złośliwym;

2) jeżeli istnieją wśród operacyi objawy zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy;

3) jeżeli szyjka maciczna lub pochwa uległy zarośnięciu lub tak znacznemu ścieśnieniu bliznowatemu, że zachodzi obawa, aby podczas połogu nie zatrzymały się odchody połogowe ponad miejscem ścieśnionem (lochiometra).

W tych przypadkach przez zastosowanie metody Porry zapobiegamy jużto zakażeniu połogowemu, jużto krwotokowi.

Jakkolwiekby się zdawało, że powyższe wskazania do metody Porry są aż nadto uzasadnione i że w podobnych przypadkach należałoby wykonywać cięcie cesarskie li tylko według Porry, to przecież te wskazania, aczkolwiek skąpe, mogą być jeszcze więcéj ograniczone, jak to literatura z najnowszych czasów wykazuje. Jeżeli bowiem przejrzymy 135 przypadków cięcia cesarskiego zachowawczego, które wykonali różni operatorowie od roku 1882 do 1888 na całéj kuli ziemskiéj, a które ściśle według dat statystycznych zestawili Credé i Caruso w *Archiv für Gynaekologie*, to znajdziemy, że w pięciu przypadkach, w których według powszechnie przyjętych zasad wykonać należałoby cięcie cesarskie według Porry, zastósowano sposób Saengera. Są to cztery przypadki raka szyjki macicznéj, a jeden znacznego zbliznowacenia szyjki macicznéj i pochwy.

Przyczyną, dla czego rozwinęła się tak silna reakcyja przeciw cięciu cesarskiemu według Porry na korzyść sposobu Saengera, jest okoliczność, że, jak statystyka wykazuje, przypadków śmierci po sposobie Porry jest daleko więcéj niż po sposobie Saengera.

Ściśle biorąc mielibyśmy obecnie do cięcia cesarskiego według Porry zaledwo jedno wskazanie, to jest, jeżeli podczas operacyi stwierdzamy objawy zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy.

Czy owo ograniczanie coraz to większe wskazań do wykonywania metody Porry, a przeciwnie rozszerzanie wskazań do sposobu Saengera jest usprawiedliwione, na to pozwolę sobie przytoczyć kilka uwag w celu wyjaśnienia téj sprawy.

Jeżeli w przypadkach raka szyjki macicznéj przypadnie nam rozwiązać matkę drogą sztuczną, to nowotwór jest tak mocno rozwinięty, że zajmuje nietylko szyjkę maciczną, ale i tkankę łączną omaciczną, gruczoły kreskowe i pachwinowe. Są to przypadki tak daleko rozwiniętego charłactwa rakowego, że w podobnych razach, tak podczas ciąży, jak i po za okresem płodzenia nie można już myśleć o leczeniu doszczętnem. Kobieta jest straconą, a jeżeli wykonywamy cięcie cesarskie, to jedynie dla tego, aby uczynić zadość zasadzie: „ratować co się da“. Jeżeli wydobędziemy płód i do tego żywy, to zadanie nasze lecznicze jest już skończone. Cierpienie bowiem główne nie zostanie ani doszczętnie wyleczone, ani w rozwoju dalszym powstrzymane, czy to po wydobyciu płodu odetniemy macicę z częściami dodatkowemi i wszyjemy szypułę w dolny kąt rany brzusznéj, jak to poleca Perro; czy też macicę zeszyjemy dokładnie, oczyścimy i zapuścimy do jamy brzusznéj, jak tego wymaga sposób Saengera. Rozpad nowotworu, który może wywołać ogólne zakażenie, nie może być powstrzymany ani jedną ani drugą metodą, zależy bowiem od utrudnionego krążenia w samym nowotworze. Co się tyczy krwotoku, to może on powstać z nowotworu po każdéj metodzie.

Ta tylko zachodzi różnica pomiędzy postępowaniem pierwszem a drugiem, że metoda Porry wymaga więcéj czasu niżeli metoda Saengera, co dla organizmu już i tak znacznie zniszczonego przez charłactwo rakowe nie jest rzeczą obojętną; powtóre, że leczenie następowe po metodzie Saengera jest więcéj uproszczone i krótsze, niż po metodzie Porry.

Jak z tego widać, i do przypadków, gdzie macica jest dotknięta nowotworem złośliwym, nadaje się lepiéj sposób Saengera.

Inaczéj rzecz się ma, czy w przypadkach zbliznowacenia pochwy mamy wykonać cięcie cesarskie według metody Saengera lub Porry?

Jeżeli zbliznowacenie pochwy jest tak znaczne, że o usunięciu ścieśnienia czy to naturalnem przez napierającą główkę na miejsce zwężone, czy to sztucznem drogą krwawą przez nacięcia boczne miejsca zwężonego, albo drogą bezkrwawą przez wprowadzenie ciał pęczniejących, rozszerzadeł metalowych lub kauczukowych coraz to większych, baloników coraz więcéj płynem desinfekcyjnym wypełnionych, mowy być nie może, i wtedy otwieramy jamę brzuszną i macicę, wydobywamy na zewnątrz płód wraz z popłodem. Jeżeli teraz macicę dokładnie oczyszczoną zeszyjemy i zapuścimy do jamy brzusznéj, to w warunkach korzystnych połóg może przebiegać zupełnie prawidłowo i po trzech tygodniach można położnicę uważać za zupełnie zdrową. Po kilku miesiącach można podjąć operacyję w celu usunięcia ścieśnienia pochwy. Przez cały czas atoli po operacyi musimy być przygotowani na możność wystąpienia dwóch arcyniebezpiecznych powikłań, a mianowicie: krwotoku i zatrzymania się odchodów połogowych w większéj ilości w macicy z powodu utrudnionego odpływu na zewnątrz (lochiometra). Krwotok po cięciu cesarskiem według sposobu Saengera występuje albo z niedowładu macicy, jeżeli poród przedtem bardzo długo trwał i szyjka maciczna uległa nadmiernemu rozszerzeniu, albo jeżeli została przecięta tętnica maciczna, jak się to zdarza, jeżeli przecinamy macicę bardzo nisko poniżéj pierścienia zwężającego Schroedera.

W przypadkach krwotoku lżejszych stosujemy okłady lodowe na brzuch, nacieramy dno macicy, podajemy przez usta lub w lewatywach przetwory sporyszu, wstrzykujemy pod skórą ergotynę, co działa najprędzéj i najskuteczniéj.

W przypadkach krwotoku cięższych stoimy przed chorą dosyć bezczynni, gdyż niemożemy z powodu zwężenia pochwy zastosować innych środków działających od pochwy bardzo korzystnie na powstrzymanie krwotoku, jak wstrzykiwania wody karbolowéj słabéj, oziębionéj lub ogrzanéj do 40° C.,

tamponowania gazą jodoformową macicy i pochwy według Dührsena, masowania wnętrza macicy. W takim razie będzie się gromadzić krew w coraz to większéj ilości w jamie macicy i może sprowadzić śmierć matki, albo przez ostrą niedokrewność, albo przez zapalenie otrzewny, jeżeli krew nagromadzona sprowadzi pęknięcie szwów rany macicznéj i przedostanie się do jamy brzusznéj.

Taki sam niepomyślny wynik operacyi nastąpić może, jeżeli zamiast krwi odchody połogowe nagromadzą się w większéj ilości w macicy i przedostaną się choćby w skąpéj ilości do jamy brzusznéj.

Dlatego to w czasach, kiedy nie umiano dokładnie zespoić rany macicznéj, tak często przychodziło po cięciu cesarskiem klasycznem do śmiertelnego zapalenia otrzewny z powodu przedostania się odchodów połogowych do jamy brzusznéj.

W przypadku tak znacznéj lochiometra można jeszcze uratować chorą przebiciem macicy od strony pochwy lub kiszki stolcowéj za pomocą grubego trójgrańca Flouranta, przez pozostawioną kaniulę mogą odpływać odchody i mniejsze skrzepy krwi, przez co zawartość macicy znacznie się pomniejszy i niebezpieczeństwo zostanie usunięte.

W daleko trudniejszem położeniu znajduje się lekarz, jeżeli w przypadku zbliznowacenia pochwy przyjdzie w połogu do zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy. W takich razach obok podawania kalomelu wewnętrznie, mniéj skutecznie leków przeciwgorączkowych, wysokich dawek alkoholu, jak wina, koniaku, pożywnéj, płynnéj dyjety, stosowania kąpieli letnich z zimnemi natryskami, zawijań w zimne prześcieradła, obmywania ciała z octem na wpół z wodą, najenergiczniejszym i najskuteczniejszym środkiem jest wystrzykiwanie częste jamy macicy ciepłym 3% kwasem karbolowym i założenie do szyjki macicznéj pręcików jodoformowych lub gazy jodoformowéj zanurzonéj w 5% kwasie karbolowym. W przypadkach cięższych uratować można chorą przez łyżeczkowanie wnętrza jamy macicy z następowem odwietrzaniem. Wprawdzie w pierwszych dniach po cięciu ce-

sarskiem zachowawczem nawet w przypadkach drożnéj pochwy nie można wstrzykiwać płynów odwietrzających z obawy, aby się nie przedostały do brzucha, ale możnaby zakładać dla odwietrzania macicy pręciki jodoformowe lub gazę jodoformową, a w późniejszym czasie nawet wystrzykiwać, byle ostrożnie, jak i łyżeczkować, jeżeli zajdzie nagląca potrzeba.

Tych wszystkich procedur nie można zastosować, jeżeli pochwa jest znacznie zwężona.

Jak widzimy, po wykonaniu cięcia cesarskiego według Saengera w przypadku zbliznowacenia pochwy narażamy chorą na bardzo niebezpieczne powikłania, których uniknąć możemy, jeżeli zastosujemy sposób Porry.

W przypadku pomyślnie się kończącym zyskujemy to po sposobie Saengera, że późniéj możemy znieść zwężenie, a tem samem ułatwić nie tylko zastąpienie, ale i poród drogą naturalną.

Metodę Saengera w przypadku zbliznowacenia pochwy mogą stosować ci tylko akuszerowie, którzy z powyższemi komplikacyjami, jakie zajść mogą po operacyi, są dokładnie obznajomieni i stosowne przypadki wybierać umieją, mając głównie na oku większą korzyść ze sposobu Saengera dla matki, o ile nie pozbawiamy jéj płodności.

O ile literatura jest mi przystępną, mogłem tylko w zestawieniu Credego i Carusa odnaleść zaledwie jeden przypadek cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu zbliznowacenia pochwy. Przypadek ten, który zresztą pomyślnie się zakończył, opisał Gustaw Braun w *Wiener klin. Wochenschrift*, 1888, Nr. 20. Drugi podobny przypadek zdarzył się w klinice położniczéj prof. Madurowicza w Krakowie, a którego historyja jest następująca:

Dwudziestego pierwszego maja z. r. przywieziono do kliniki z miejscowości 25 mil odległéj kobietę G. M., 24 lat liczącą, zamężną, która podaje, że pierwsza regularność wystąpiła w 16 roku życia, przebiegała późniéj torem prawidłowym, a obecnie brak jéj od 9 miesięcy; nie roniła, rodziła raz przed 3 laty, poród trwał 3 dni i został ukończony sztucznie przez wymóżdżenie; w połogu miewała dreszcze, ból głowy, trudność w oddawaniu moczu, ból podczas oddawania

stolca i mocne obrzmienie sromu, z którego przez dłuższy czas wypływała ciecz krwawa, brudna i cuchnąca. W dwa miesiące po porodzie miała wrócić zupełnie do siebie, a regularność wystąpiła w 5 miesięcy i była bolesną, ale niezbyt obfitą. Pierwsze ruchy poczuła w styczniu, a bóle porodowe trwają od 4 dni. Wezwani lekarze oświadczyli, że poród drogą naturalną odbyć się nie może i odesłali chorą do Krakowa.

Badanie wykazało: osoba średniego wzrostu, z lekkim obrzękiem około kostek (ślad białka zaledwie dostrzegalny), budowa kośćca prawidłowa, ciepłota ciała pod pachą 38·2 C., tętno drobne przyspieszone do 100 uderzeń na minutę, język wilgotny, narządy wewnętrzne prawidłowe. Sutki są obwisłe, obwódka jest ciemniéj zabarwiona od włosów, gruczoły łojowe na obwodce brodawkowéj są wyraźnie zaznaczone, zrazy mleczne dobrze rozwinięte za uciskiem wydzielają ciecz białawą z brodawki grubéj, pałkowatéj i sterczącéj. Brzuch jest znacznie wypukłony więcéj w kierunku podłużnym niż poprzecznym, nad spojeniem łonowem wykazuje bardzo znaczne wypuklenie kuliste, sterczące na dwa palce poniżéj pępka; skóra na brzuchu jest napięta i pokryta licznemi bliznami poporodowemi; linija środkowa jest nad i pod pępkiem wyraźnie zaznaczona. Obmacywając brzuch, stwierdza się macicę powiększoną w kierunku podłużnym, sięgającą dnem do wyrostka mieczykowatego, kurczącą się wyraźnie okresowo, okazującą w wysokości górnéj granicy kulistego wypuklenia widocznego na brzuchu wyraźną bruzdę przebiegającą skośnie wyżéj po stronie prawéj niz lewéj. Oddalenie górnego brzegu spojenia łonowego od pępka wynosi 23, od dna macicy 38 ctm. W macicy wykazać można płód żywy, w położeniu] czaszkowem drugiem nieustalonem. Uderzenie stwierdza i ość wód płodowych prawidłową. Badając wewnętrznie stwierdza się: brak zupełny międzykrocza, w miejscu międzykrocza bliznę idącą od tylnéj ściany pochwy do przedniéj ściany odbytnicy, która na długość 1$^1/_2$ ctm. jest rozdartą (*Ruptura perinei completa inveterata*). Za wejściem do pochwy napotyka się błonę bliznowatą, zatykającą zupełnie pochwę, mającą w górnéj połowie otworek, do którego nawet końca małego palca wprowadzić nie można. Poza miejscem ścieśnionem nic więcéj palcem wybadać nie można. Badając przez odbytnicę stwierdza się w wysokości pół palca bardzo znaczne wypuklenie przedniéj ściany odbytnicy ku tyłowi kuliste, chełboczące, ponad którem wyczuć można końcem palca mały odcinek główki, wysoko nad wchodem ułożony. Pomiary miednicy wykazały:

1) wymiar kolcowy wynoszący . . .	23	ctm.
2) wymiar grzebieniowy	27	"
3) oddalenie krętarzy	31	"
4) wymiar prosty zewnętrzny . . .	$18^1/_2$	"
5) wymiar prosty wewnętrzny obliczony z wymiaru prostego zewnętrznego	$9^1/_2$	"

Na podstawie wyników badania rozpoznano: ścieśnienie bliznowate pochwy, powstałe wskutek *Colpitis* po 1-szym porodzie, pęknięcie zupełne międzykrocza podczas 1-go porodu u kobiety drugi raz rodzącéj na czasie: płód donoszony, żywy, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem ułożony, z główką w szyjce nadmiernie do góry wysuniętéj. Dla oznaczenia dokładnego wielkości ścieśnienia pochwy przeprowadzono zgłębnik przez otworek umieszczony w błonie zatykającéj pochwę, lecz zgłębnik przeszedłszy otwór napotkał na znaczny opór.

Wobec téj przeszkody porodowéj, gdy czynność porodowa już trwała cztery dni, musiano odstąpić od rozszerzenia ścieśnienia pochwy, a przystąpić do cięcia cesarskiego według metody Saengera, aby umożebnić porod, a po odbytym połogu przystąpić do usunięcia ścieśnienia pochwy i rozdarcia międzykrocza. Po dokładnem obmyciu powłok brzusznych otwarto powłoki brzuszne cięciem, poczynającem się w linii środkowéj na 3 palce ponad pępkiem, a sięgającem na jeden palec nad wzgórkiem łonowem ku dołowi. Macicę wytoczoną z jamy brzusznéj, pokrytą ciepłemi okładami, rozcięto w środku przedniéj ściany od dna do okolicy ujścia wewnętrznego, przyczem stwierdzono, że owo wypuklenie nad spojeniem łonowem pochodziło nie od pęcherza moczowego, lecz od szyjki macicznéj, nadmiernie rozciągniętéj i wysuniętéj ku górze. Z rany macicy powstał gwałtowny krwotok pomimo ucisku macicy od zewnątrz ligaturą elastyczną, założoną w wysokości ujścia wewnętrznego, a to z powodu usadowienia się łożyska na przedniéj ścianie macicy; dla tego łożysko szybko po jednéj stronie oddzielił profesor Madurowicz, przebił pęcherz i płód za nóżki na zewnątrz wyciągnął.

Płód lekko omdlały ocucono i przekonano się późniéj, że jest zupełnie donoszony; ciężar ciała wynosił 3850 gr., długość 53 ctm., obwód główki w wymiarze prostym 35 ctm.

Następnie oddzielono łożysko całkowicie wraz z błonami, wymyto jamę macicy wacikiem zamaczanym w 5% kwasie karbolowym, zapruszono jodoformem i zeszyto ranę

macicy ciągłym szwem katgutowym, założonym w dwóch piętrach, to jest: zespojono najprzód warstwę mięsną, potem warstwę otrzewnową.

Po dokładnéj toalecie jamy brzusznéj zespojono w zwykły sposób powłoki brzuszne, założono opatrunek antyseptyczny i wstrzyknięto jednę wstrzykawkę ergotyny Bombelona.

Operacyja w całości trwała 45 minut w głębokiéj narkozie.

Przebieg po operacyi był zupełnie dobry; chora nie gorączkowała, nie wymiotowała, nie żaliła się na żadne bóle, rana brzuszna zagoiła się w 10 dniach przez rychłozrost; szwy wyjęto głębokie dnia 8, powierzchowne dnia 12 po operacyi. Macica przez dłuższy czas stała wysoko, gdyż jeszcze dnia 10-go dno macicy sięgało na dwa palce poniżéj pępka, jakkolwiek szerokość dna macicy zachowała się zupełnie prawidłowo. Zdaje się, że wysokie położenie dna macicy pochodziło od nadmiernego rozciągnięcia szyjki macicy podczas porodu.

Co się tyczy odchodów, to takowe w skąpéj ilości sączyły się przez otworek w pochwie przez pierwsze dwa tygodnie.

Chora opuściła zupełnie zdrowa zakład w trzy tygodnie po operacyi; polecono jéj, aby się zgłosiła po wakacyjach do usunięcia ścieśnienia pochwy i rozdarcia kroku.

W listopadzie 1889 roku przystąpiono do rozszerzenia ścieśnienia pochwy. Przez wprowadzenie rozszerzadeł kauczukowych Hegara i nacięcia boczne blizn zdołano w końcu rozszerzyć pochwę na tyle, że trzy palce z łatwością przeprowadzić się dały i w ten sposób odsłonięto część pochwową macicy, któréj przednia warga była zupełnie zrośniętą z przednią ścianą pochwy.

Macica, która w dniu wyjścia choréj z zakładu sięgała na dwa palce nad spojeniem łonowem i była zrośniętą z powłokami brzusznemi, leżała zupełnie w miednicy małéj, była wielkości prawidłowéj i na wszystkie strony zupełnie ruchomą.

Zdaje się, mówiąc nawiasowo, że w podobny sposób zachowywać się będzie po niejakim czasie każda macica umyślnie przyszyta do powłok brzusznych, czy to w celu usunięcia tyło-pochylenia, czy wypadnięcia macicy.

Z początku bowiem macica leżeć będzie wysoko przytwierdzona do powłok brzusznych; po niejakim czasie, czy to przez sam ciężar macicy, czy przez wysuwanie macicy ku górze i ku tyłowi przez pęcherz moczem wypełniony, poje-

dyncze zrosty między macicą a powłokami brzusznemi ulegną bądź rozerwaniu, bądź znacznemu wydłużeniu, przez co macica stanie się ruchomą i może powrócić do pierwotnego wadliwego swego położenia.

Kiedy miano przystąpić do utworzenia sztucznego międzykrocza, chora na własne żądanie wyjechała do domu, zkąd w parę miesięcy wróciła, gdyż objawy, jakie występowały po pierwszem zastąpieniu od kilku tygodni znowu się pojawiły.

Stwierdzono rzeczywiście drugi miesiąc ciąży i polecono, aby za 7 miesięcy chora się zgłosiła do porodu, o czem doniosę szanownym Czytelnikom późniéj.

Dzisiaj to tylko powiedzieć mogę, że wobec niezbyt znacznie ścieśnionéj miednicy, a znacznie rozszerzonéj pochwy, będzie za pewne się mógł odbyć poród drogą naturalną.

Co do kolejności zmian w danym przypadku, to prawdopodobnie z powodu niestosunku porodowego wytworzonego przez spłaszczoną miednicę i może głowę płodu dużą zatrzymywała się główka zbyt długo we wychodzie, co sprowadziło znaczną odleżynę, a następnie owrzodzenie na przedniéj i tylniéj ścianie pochwy. Stykające się owrzodziałe ściany pochwy zrosły się następnie z sobą, pozostawiając wązki kanalik komunikujący z macicą, umożliwiający pomimo znacznego ścieśnienia całéj pochwy powtórne zapłodnienie.

Rodzaj ścieśnienia tego można sobie w ten sposób przedstawić, że na tylnéj ścianie pochwy owrzodziałéj powstały dwa duże fałdy, których szczyty zrosły się z przednią ścianą pochwy, wskutek czego za każdem miejscem ścieśnionem powstawały kaletki, które przy rozszerzaniu ścieśnienia stwierdzono.

Że powyższy przypadek zakończył się szczęśliwie, pomimo, że operacyja wykonaną była w 4 dni od wystąpienia bólów porodowych, pomimo, że rodząca odbyć musiała daleką podróż wozem i koleją i była przez wiele osób w domu i w zakładzie badaną, zawdzięczać należy w pierwszéj linii ścisłéj antiseptyce podczas operacyi, następnie dobremu skurczeniu się macicy po operacyi i wielkiemu zasobowi sił choréj.

Zajście to pomyślne może nas tylko zachęcić do wykonywania w przypadkach zbliznowacenia pochwy cięcia cesarskiego według metody Saengera a nie Porry, pomimo tylu powyżéj wyłuszczonych zagrażających komplikacyj po operacyi.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1890. Nr. 40 i 41.

Kraków, 1890. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.